

手話通訳者等派遣依頼書

様

■ 手 話 通 訳 者
次の方が の派遣を希望していますので連絡します。
□ 盲ろう者向け通訳・介助者

大 阪 市 認 定 事 務 セ ン タ ー
【障がい支援区分認定担当】
(担当： TEL：06－4392-1730)

依 頼 者		
	(生年月日 年 月 日生 歳)	
住 所	〒 -	
連 絡 先	TEL 無し FAX - -	
	日程調整 の連絡先	本人 FAX
希 望 日	曜 日	
	時 間	